

Nazwisko ..... Imiona .....

Data urodzenia ..... PESEL ..... NIP .....

Adres zameldowania .....

Adres zamieszkania (Jeśli jest inny niż adres zameldowania) .....

Adres do korespondencji (Jeśli jest inny niż adres zameldowania) .....

Nazwa, seria i nr dokumentu tożsamości .....

Nazwisko rodowe ..... Obywatelstwo .....

Oddział NFZ (kasa chorych) .....

### O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. jestem/nie jestem\*) zatrudniony/a na podstawie umowy o pracę lub równorzędnej (bez względu na wymiar czasu pracy i osobę pracodawcy) w: .....  
(podać nazwę zakładu pracy)
2. wynagrodzenie ze stosunku pracy w kwocie brutto:
  - przekracza lub jest równe minimalnemu wynagrodzeniu\*\*),
  - nie przekracza kwoty minimalnego wynagrodzenia\*\*),
3. nie jestem/jestem\*) jednocześnie ubezpieczony/a jako osoba wykonująca pracę nakładczą, agencyjną, umowę zlecenie lub inną umowę o świadczenie usług, do której stosuje się przepisy dotyczące zlecenia zawartej na okres od dnia ..... do dnia .....
4. nie posiadam/posiadam\*) ustalone prawo do emerytury/renty decyzją ZUS z dnia .....
- i pobieram z ZUS w/w świadczenie,
5. nie posiadam/posiadam\*) ustalony stopień niepełnosprawności:
  - lekki stopień niepełnosprawności\*\*),
  - umiarkowany stopień niepełnosprawności\*\*),
  - znaczny stopień niepełnosprawności\*\*),
6. nie jestem/jestem\*) uczniem szkoły ponadpodstawowej lub studentem i nie ukończyłem 26 lat .....
- (nazwa i adres szkoły/szkoły wyższej, wydział)
7. nie jestem/jestem bezrobotny/a\*) zarejestrowany/a w Powiatowym Urzędzie Pracy w ..... i nie pobieram/pobieram zasiłek dla bezrobotnych\*),
8. nie przebywam/przebywam\*) na urlopie macierzyńskim/wychowawczym\*) od dnia ..... do dnia .....
9. nie wnoszę/wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem społecznym (proszę właściwie zaznaczyć, jeśli korzysta się z obowiązkowego ubezpieczenia społecznego z innego tytułu),
10. nie wnoszę/wnoszę\*) o objęcie mnie dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

Oświadczam, że o wszelkich zmianach dotyczących treści powyższego oświadczenia poinformuję Zleceniodawcę w terminie 7 dni od momentu zaistnienia tych zmian.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych w celu ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 ze zm.).